Rok XL. Kraków, 14 Grudnia 1901. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.

Opracowali:
Część anatomiczną **Dr. J. Krzyszkowski.**
Część kliniczną **Doc. Dr. J. Wiczkowski.**

II. Część kliniczna.

Z oddziału wewnętrznego II. Szpitala krajowego we Lwowie.

Już sam tętniak tętnicy płucnej jest nader rzadkiem zboczeniem, a przytem trudnem do rozpoznania. Wielu klinicystów tej miary, jak Oppolzer, Traube, Frerichs, Dietl nie napotykali go w swej praktyce, a tylko kilku, jak Hope, Skoda, Gilewski rozpoznało go za życia. Jeszcze rzadziej występuje tętniak w towarzystwie otwartego przewodu Botala. Obowiązkiem więc moim było przypadek mój podać do wiadomości zwłaszcza, że zaraz przy pierwszem badaniu uznałem go za nader rzadki i trudny do rozpoznania, a przeto śledziłem cały przebieg choroby aż do śmierci wszechstronnie i z całą ścisłością, a nadto była daną sposobność do naukowej sekcyi.

W krótkości przedstawię historyę choroby. M. J., l. 17., wolna, z zawodu służąca, zgłosiła się na mój oddział 6 grudnia 1900 r., skarżąc się na kaszel z obfitą plwociną, na kłócie po stronie prawej klatki piersiowej, dalej — na gorączkę, nocne poty i na brak łaknienia. Wypróżnienia mają być regularne, miesiączka prawidłowa. Choroba ta gorączkowa miała się rozpocząć przed trzema tygodniami; bliższych jednak szczegółów trudno się dowiedzieć od chorej małomownej i słabo rozwiniętej umysłowo. To jednak pewne, że nie przebywała w ostatnich latach żadnej choroby gorączkowej i nie cierpiała na gościec stawowy.

Badanie uskutecznione nazajutrz wykazało: budowa kośćca dobra bez żadnych zboczeń, odżywienie średnie, cera twarzy blada, brak sinicy, źrenice równe, dobrze oddziaływujące na światło. Gruczoły nigdzie nie powiększone, żyły szyjne nie rozszerzone, tętnienia w dołku szyjnym niema.

Budowa klatki piersiowej dobra, wybitnego wypuklenia po stronie lewej w okolicy serca niema. Nad szczytem prawego płuca z przodu odgłos wypukowy krótszy, zresztą po prawej z przodu prawidłowo jawny; szmery oddechowe w miejscu przytłumienia zaostrzone pęcherzykowe. Z tyłu w obu szczytach odgłos wypukowy krótszy, tam wdech zaostrzony, wydech prawie oskrzelowy. Po lewej stronie u dołu odgłos wypukowy bębenkowy, tarcie opłucnowe, szmery oddechowe osłabione. Uderzenie koniuszkowe serca daje się widzieć i wymacać w piątym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowej lewej; w dołku podsercowym tylko lekkie wstrząśnienie. Stłumienie odgłosu w okolicy serca rozpoczyna się od 3-go żebra, ku stronie prawej sięga do linii przymostkowej lewej, ku stronie lewej — do linii sutkowej. Pierwszy ton nad uderzeniem koniuszkowem serca nieczysty, w drugiem międzyżebrzu lewem tuż przy mostku zamiast tonu szmer skurczowy ostry, trący, drugi ton niezwykle silnie zaakcentowany. Szmer skurczowy słychać nad rękojeścią mostka jako udzielony, a więc słabszy; również nad tętnicami dogłowowemi, silniej po stronie lewej aniżeli po prawej, brak zaś drugiego tonu. Nad tętnicą główną, nad dolną połową mostka słychać tylko dwa tony czyste. Tętnica sprychowa miernie napięta, tętno miarowe, jednoczesne po obu stronach — między 90 a 100 uderzeń na minutę. Ciepłota podniesiona, jak to widać na załączonej tablicy.

Ciepłota. 5a

Dzień	g. 7 r.	11 pop.	1	3 pop.	5	7 w.	Dzień	g. 7 r.	11	1 pop.	3 pop.	5	7 w.
12 Grudnia	37·0	38·1	39·0	39·2	—	39·0	5 Stycznia	39·0	38·4	—	38·2	—	38·7
13 »	37·8	38·6	—	39·0	38·9	39·1	6 »	38·4	—	—	38·0	38·0	39·0
14 »	38·0	—	38·4	39·0	—	38·7	7 »	38·0	38·0	—	39·0	38·7	39·0
15 »	38·2	39·0	—	39·2	39·4	40·6	8 »	39·5	39·7	—	39·9	—	38·8
16 »	38·0	38·2	—	—	39·5	—	9 »	38·0	—	38·4	38·7	—	—
17 »	38·2	38·4	—	39·0	39·1	—	10 »	38·2	38·6	—	39·0	—	—
18 »	38·1	—	—	38·8	—	39·0	11 »	38·0	38·3	—	39·0	—	39·6
19 »	39·6	38·7	—	38·0	38·4	—	12 »	38·2	—	38·0	38·4	—	39·0
20 »	37·7	—	—	39·0	39·0	—	13 »	39·0	39·1	—	38·9	—	38·6
21 »	38·6	40·2	—	40·1	—	39·6	14 »	38·3	38·6	—	38·0	38·7	39·0
22 »	38·7	39·0	—	39·6	39·8	—	15 »	37·8	38·0	—	38·6	—	38·4
23 »	38·7	38·0	—	—	39·5	—	16 »	38·0	—	—	38·0	38·2	—
24 »	37·7	38·0	—	38·0	40·2	—	17 »	38·0	38·4	—	—	38·7	38·2
25 »	38·0	—	—	39·6	40·0	—	18 »	38·1	—	38·1	38·0	38·6	—
26 »	38·7	—	39·5	—	40·0	39·1	19 »	37·7	38·0	—	39·0	39·2	—
27 »	38·0	38·6	40·0	40·0	40·0	39·5	20 »	37·3	37·9	—	39·0	—	39·4
28 »	37·7	37·5	38·0	39·2	39·9	38·7	21 »	38·0	—	—	38·4	38·9	—
29 »	37·6	37·7	37·9	39·0	39·6	40·3	22 »	38·1	38·2	—	38·0	—	—
30 »	39·0	39·7	37·7	39·0	39·0	40·4	23 »	38·0	38·4	—	38·7	38·9	—
31 »	38·2	38·6	—	39·0	—	39·1	24 »	38·6	—	—	38·0	38·4	—
1 Stycz. 1901	38·4	38·7	—	39·0	39·2	39·0	25 »	37·8	—	—	38·0	38·8	—
2 Stycznia	38·4	38·6	—	39·0	39·4	39·0	26 »	38·2	—	38·4	38·0	38·1	—
3 »	38·1	38·0	38·4	38·7	39·0	38·7	27 »	38·0	—	—	38·0	—	—
4 »	38·7	38·0	38·4	39·0	39·0	38·5	28 »	37·9	—	38·0	38·2	—	—

Ani wątroba, ani śledziona — nie macalna, nie powiększona. Brzuch miernie wzdęty, nigdzie nie można na nim wykazać większego oporu.

Mocz w ilości około 1000 cent. sześć., barwy winowej odziaływania kwaśnego, ciężar gatunkowy 1.026 - 1.028; nie zawiera ani białka, ani cukru, urochrom i uroksantyna w ilości nieco zwiększonej. fosforany ziem w ilości zmniejszonej, fosforany potasowców, siarkany i chlorki w ilości prawidłowej. W osadzie nieliczne leukocyty, przybłonek brukowy pojedynczo i w całych płatach, śluz przeważnie pod postacią cylindroidów. Badanie osadu na gonokoki rzeżączkowe dało wynik ujemny.

Z dalszego przebiegu podnoszę tylko ważniejsze szczegóły. Sinicy na twarzy nie było, wystąpiła dopiero na kilka dni przed końcem życia. Twarz mimo wysokiej prawie ciągłej gorączki była pogodną, nie zdradzała większego cierpienia. W narządzie oddechowym obraz chorobowy zmieniał się ciągle na gorsze; albowiem w różnych miejscach występowały objawy zapalenia opłucnej, potem liczne rzężenia średnio- i drobnobańkowe, dźwięczne i wilgotne przy odpowiednich zmianach wypukowych i to najczęściej w większych lub w mniejszych ogniskach. Na dwa tygodnie przed śmiercią takie większe ognisko dało się wykazać u dołu z tyłu po stronie lewej, gdzie najpierw objawiło się tarcie opłucnowe, potem wystąpiły liczne rzężenia średnio- i drobnobańkowe, dość dźwięczne, przy coraz to więcej wzmagającem się stłumieniu odgłosu wypukowego. Ognisko to zwolna posuwało się ku górze, zlewało się z innemi tak, że wreszcie cała prawie lewa strona płuc z tyłu była chorobowo zajęta wśród objawów powyżej nadmienionych. Także i po prawej stronie płuc podobne ogniska wśród podobnych objawów występowały. Naturalnie kaszel ciągle się wzmagał i ten chorej najwięcej dokuczał; był też przedmiotem ciągłych użaleń się z jej strony. Plwociny były przez cały czas choroby śluzowo-ropne, bez domieszki krwi. Badanie plwocin, kilkakrotnie przedsiębrane celem wykrycia prątków gruźliczych lub innych swoistych drobnoustrojów, dawało zawsze wynik ujemny. Dwa dni przed śmiercią plwociny były żywo krwawoczerwono zabarwione. Mimo tak wybitnych zmian w płucach, mimo zajęcia tak znacznej ich przestrzeni, duszności u chorej nigdy nie zauważyłem. Stłumienie serca utrzymywało się długo w granicach wyżej nakreślonych; dopiero w trzecim tygodniu pobytu w szpitalu (26 grudnia r. 1900) stwierdziłem po raz pierwszy, że stłumienie po lewej stronie od góry poczyna się od obojczyka i przebiega wązkim pasem na szerokość dwu palców tuż przy mostku do trzeciego żebra, gdzie zlewa się ze stłumieniem, pochodzącem od serca. Stłumienie to w kształcie pasma zmienia swe rozmiary przy głębokiem oddechaniu na dowód, że nie pochodzi od nacieku brzegów płuc, lub z powodu ich ściągnięcia się. Równocześnie zauważyłem tętnienie w dołku szyjnym. Rozmiary serca na zewnątrz sięgały stale do linii sutkowej, a na wewnątrz w końcowych tygodniach dochodziły do linii mostkowej środkowej. Tętnienie w dołku podsercowym zawsze bardzo nieznaczne. Przysłuch okazywał najwybitniejsze zmiany. W okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej utrzymywał się stale bardzo wybitny, trący szmer skurczowy, który się wzmagał co do natężenia, a drugi ton stawał się coraz więcej zaakcentowany. Wstrząśnienie i podnoszenie się w okolicy drugiego i trzeciego przestworu międzyżebrowego było nieznaczne. Tętno stawało się słabsze, częstsze, zawsze jednak było jednoczesne i równo nasilone na obu tętnicach sprychowych. Ciepłota była prawie stale wysoką i do 40° C. dochodzącą; kilkakrotnie tylko zauważyłem dreszcze, potów nigdy nie było. Wątroba i śledziona pod koniec życia nieco się powiększyły. Nie było ani wolnego płynu w jamie brzusznej, ani obrzęku na kończynach. W moczu pojawił się ślad białka równocześnie z osłabieniem mięśnia sercowego. Stan ogólny chorej mimo tak ciężkiego przebiegu choroby był wcale zadowalniający; jedynie kaszel bardzo chorej dokuczał, zresztą zachowywała się swobodnie, chodziła po sali, dopiero na dwa dni przed śmiercią wystąpiła znaczna duszność i krwotok płucny, które położyły kres życiu. Żałuję, że nie zdjęto obrazu Roentgenowskiego, jak tego sobie życzyłem, lecz niepodobna było chorą gorączkującą w zimie przewozić do oddalonego zakładu Roentgenowskiego. Leczenie naturalnie było objawowe, a więc i środki, działające na serce, i środki przeciwgorączkowe. Te ostatnie pozostawały bez wpływu. Zastosowywałem surowicę Marmorka w wielkiej ilości, przypuszczając, że sprawa gorączkowa w płucach możliwie pochodzi od zakażenia paciorkowcami, pochodzącymi z narządu krążenia, jednak z wynikiem ujemnym.

Aby pochwycić wątek myśli dyagnostycznych, zreasumujemy cechujące objawy, które mają rozświetlić istotną przyrodę choroby. Już na pierwszy rzut oka uderza w naszym przypadku łączność objawów ze strony dwu narządów, — narządu krążenia i narządu oddechania. W narządzie krążenia są następujące zmiany cechujące: wybitny piłujący szmer skurczowy, słyszalny najwyraźniej w drugim i w trzecim przestworze międzyżebrowym i przenoszący się więcej na lewą, niż prawą stronę, przechodzący do tętnic dogłowowych, silniej do lewej; nad uderzeniem koniuszkowem pierwszy ton bez szmeru, tylko nieczysty; drugi ton w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej silnie zaakcentowany, wzmagający się z przebiegiem choroby. Zresztą nad innemi ujściami tony czyste. Stłumienie pasmowe poczyna się po lewej stronie mostka od obojczyka i tuż przy mostku dochodzi do 3-go żebra, gdzie się zlewa ze stłumieniem serca, które jest rozmiarów prawie prawidłowych, czyli brak przerostu i rozszerzenia komórki prawej i lewej, oraz brak wybitnych zastoin w zakresie krążenia wielkiego. W okolicy 2-go i 3-go żebra lekkie wstrząśnienie widzialne i wyczuwalne. W narządzie oddechania, a mianowicie w płucach, wybitne zmiany, lecz nie zastoinowe, tylko pod postacią ognisk zapalnych, zlewających się ze sobą, a cała ta sprawa toczyła się wśród wysokiej prawie ciągłej gorączki, przeplatanej tylko od czasu do czasu dreszczami.

Zboczenia powyższe w płucach i w sercu wzmagały się równolegle.

Jakkolwiek zaraz przy pierwszem badaniu chorej uwaga moja była zwróconą na tętnicę płucną, jako na główne źródło choroby, to przecież wolałem się rozglądnąć za innemi zwykłemi zmianami w sercu, gdyż zboczenia w tętnicy płucnej należą do rzadkich. Najpierw więc myśleć należało o niedomykalności zastawki dwukończystej. Wprawdzie nad uderzeniem koniuszkowem serca tylko nieczysty I. ton, — lecz wydarzyć się może (Naunyn), że rozszerzony i przerosły przedsionek lewy, wraz ze swem uszkiem, które obejmuje pień tętnicy płucnej od tyłu ku przodowi, przybliży się do ściany klatki piersiowej po stronie lewej właśnie w II. przestworze międzyżebrowym; a ponieważ kierunek fali cofającej się krwi jest właśnie skierowany ku przod-

sionkowi i uszu lewemu, przeto w tem miejscu może wystąpić obok stłumienia także i tętnienie, równoczesne ze skurczem serca, a szmer skurczowy może tutaj wybitniej wystąpić, aniżeli nad koniuszkiem serca, a niekiedy jedynie w tem miejscu jest słyszalny. Jednakowoż niemożliwą było rzeczą wytłómaczyć sobie, dlaczego aż do końca życia nie było znaczniejszego przerostu i rozszerzenia komórki prawej, a tem samem dlaczego brak przekrwienia i zastoin w krążeniu wielkiem, i jak właśnie można uzasadnić, silne zaostrzenie II. tonu nad tętnicą płucną przy braku znaczniejszego przerostu komórki prawej, chociażby drugi warunek tego zaostrzenia, t. j. rozszerzenie tętnicy płucnej, mógł znaleźć wytłómaczenie w stłumieniu przebiegającem przy mostku. Natomiast zmiany w płucach, choć tak nietypowo występowały, mogły wzbudzić podejrzenie na zawały krwawe, które się tak względnie często wydarzają w przebiegu niedomykalności zastawki dwudzielnej. Zresztą przeciw temu rozpoznaniu przemawiała obecność szmeru skurczowego w tętnicach dogłowowych, jakość tętna i niezwykle wysoki i długi stan gorączkowy.

Z analogii do spraw zapalnych w tętnicy głównej (Potain, Brouardel, Guttman, Leyden, Gluziński i inni) nasuwała się myśl rozpoznawania zapalenia tętnicy płucnej *(endarteritis arteriae pulmonalis)* z tworzeniem się złogów skrzepowych i z następowem zaczopowaniem rozgałęzień tętnic płucnych. W tem oświetleniu wyjaśniała się sprawa płucna; szmer zaś skurczowy mogła wywołać sama sprawa zapalna w tętnicy płucnej (podobnie jak w zapaleniu tętnicy głównej szmer skurczowy nad mostkiem — Gluziński). Trudniej było przypuścić, aby sprawa zapalna przesunęła się na zastawki tętnicy płucnej i wywołała zwężenie ujścia; lecz i w tym razie byłby II. ton nad tętnicą płucną osłabiony, a nie wzmocniony; aczkolwiek przy zwężeniu ujścia tętniczego prawego może być II. ton nawet silnie zaostrzony, lecz tylko przy wrodzonej tej wadzie zastawkowej, gdyż zwykle jej towarzyszy druga, która właściwie rodzi II. ton wzmocniony, t. j. otwarty przewód Botala.

Wiadomo jednak, że schorzenia tętnicy płucnej wydarzają się nadzwyczaj rzadko. W szeregu co do częstości tych zboczeń stawiają Rokitansky i Huchard tętnicę płucną prawie na końcu. Przeglądając piśmiennictwo tego przedmiotu widzi się, jak chętnie autorowie czynią zmiany w tętnicy płucnej zależnemi od równocześnie napotykanych zboczeń w sercu, najczęściej od niedomykalności zastawki dwukończystej i od zwężenia ujścia żylnego lewego. Tymczasem tak dużo zboczeń i w zastawkach i w samem sercu i prawej i lewej komorze, a tak rzadko napotyka się zmiany w tętnicy płucnej. Natomiast właśnie piśmiennictwo nas poucza, że zboczenia w tętnicy płucnej i samodzielnie występują, jakby to mogło być i w naszym przypadku.

Ostatecznie i przy tem rozpoznaniu nie mogłem pozostać, gdyż objawy spostrzegane przemawiały w równej mierze za otwartym przewodem Botala. Był szmer skurczowy i drugi ton silnie zaostrzony w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej; szmer skurczowy przenosił się do tętnic dogłowowych, silniej do lewej, aniżeli do prawej; było pasmowe stłumienie wzdłuż mostka, poczynające się od obojczyka; brak był tylko znaczniejszego przerostu i rozszerzenia komórki prawej, a więc i znaczniejszego wstrząśnienia w dołku podsercowym.

Mniej podstaw było do rozpoznania tętniaka tętnicy płucnej, a jednak przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba było o tem zboczeniu pomyśleć, głównie na podstawie dwu objawów, t. j. stłumienia i wstrząśnienia w II i III przestworze międzyżebrowym lewym, jakoteż szmeru skurczowego w temże miejscu.

Z samego umiejscowienia stłumienia nie można podawać rozpoznania ścisłego; np. w przypadku Starka tętniak tętnicy płucnej usadowił się pod mostkiem i w prawej połowie klatki piersiowej, a dosięgnąwszy niezwykłych rozmiarów, oddzielił chrząstki od żeber czwartego i piątego i w ten sposób wydobył się na zewnątrz klatki piersiowej. Z drugiej znów strony tętniaki tętnicy głównej, jeżeli wychodzą z lewej ściany lub z wklęsłości łuku, mogą się sadowić po lewej stronie; Bamberger rozpoznał tętniaka tętnicy płucnej, a znalazł na sekcyi tętniak tętnicy głównej, wychodzący z lewej jej ściany, a dochodzący do tętnicy płucnej.

Duchek wprost powiada, że tętniak tętnicy płucnej nie wywołuje objawów, któreby umożliwiały rozpoznanie, a Oppolzer podaje, że rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej jest niemożliwe, jeżeli nie ma na klatce piersiowej guza tętniącego. Według Neussera wtedy lekarz jest upoważniony do domyślania się tętniaka tętnicy płucnej, jeżeli obok obrazu typowej niedomykalności zastawki dwudzielnej i po wykluczeniu zboczeń w zastawce trójdzielnej istnieje znaczna duszność i sinica, a tony nad tętnicą płucną są ledwo słyszalne.

Jeżeli przecież mimo tych wszelkich trudności rozpoznawczych wolno się pokusić o to rozpoznanie, to według Bambergera wymagane są następujące objawy: ograniczone stłumienie ze wzniesieniem lub bez tegoż w drugiej lewej przestrzeni międzyżebrowej, wyczuwalny i słyszalny szmer skurczowy, lub ton podwójny.

Z tych kilku przykładów jasno wynika, jak trudne jest rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej, niekiedy wprost niemożliwe. W naszym przypadku rozpoznanie tętniaka na podstawie wymienionych oznak mogło wejść w rachubę.

Taki był bieg myśli moich w rozpoznaniu różniczkowem przy łóżku chorej i z temi zastrzeżeniami i uwagami odesłałem zwłoki do sekcyi.

Sekcya potwierdziła moje rozpoznanie o tyle, że stanowczo upatrywałem źródło choroby w zakresie tętnicy płucnej. Otwarty przewód Botala rozpoznawałem tylko z pewnem prawdopodobieństwem, gdyż do zupełnego obrazu tej wady wrodzonej brakowało przerostu i rozszerzenia komórki prawej, a bardzo mylił wysoki stan gorączkowy. Tymczasem to płuca były źródłem gorączki. Zawały płucne, powstałe przez zaczopowanie tętnic oderwanymi skrzepami z tętniaka, ulegały zakażeniu drogą oddechową; rozwijały się ogniska zapalne, ropne w płucach i w tej tylko sprawie należy szukać przyczyny gorączki. Objawy tętniaka tętnicy płucnej były kryte przez podobne objawy, wywołane przez otwarty przewód Botala, dlatego nie podobna było w tym przypadku rozpoznać jedno cierpienie wobec drugiego.

Miażdżycy ogólnej w tętnicy płucnej nie było; widać zwyrodnienie, lecz tylko w ścianie tętniaka z następowym ubytkiem błony wewnętrznej *(intima)* i środkowej *(media)* tak, że tu mamy do czynienia z tętniakiem w duchu nauki

Eppingera, a nie tylko z rozszerzeniem się tętnicy, jak to było w przypadkach Skody i Gilewskiego.

Jaka była etyologia w naszym przypadku na podstawie wyniku sekcyjnego?

Śledząc za etyologią, musimy uznać przewód otwarty Botala za wrodzony i za przyczynę tętniaka; mianowicie część ściany tętnicy płucnej, leżąca naprzeciw ujścia przewodu, pozostawała ciągle pod wpływem silnego prądu krwi, wypychanej przez tętnicę główną drogą przewodu Botala, następowo ta część ściany musiała uledz zwyrodnieniu, a skutkiem tego wytworzył się tętniak częściowy *(aneurysma semiperiphericum s. partiale)*. To jest tak naturalny związek, że dziwić się należy, dlaczego w piśmiennictwie są opisane tylko dwa przypadki powikłań otwartego przewodu Botala z tętniakiem tętnicy płucnej, mianowicie przez Foulisa i Buchwalda, a nasz obecny trzeci. Lecz w naturze niema stałych reguł: dziwniejszą jest jeszcze rzeczą, dlaczego otwarty przewód Botala nie wywołał wcale żadnych zmian anatomicznych ani w sercu, ani w naczyniach w przypadkach Willigha, Hiltona Faggego i Walshama. Pośredniem ogniwem w tym związku przyczynowym było częściowe zwyrodnienie i miażdżyca tętnic. I Gilewski wychodzi z zapatrywania, że tętniak dobrowolny niemal bez wyjątku ma za podstawę sprawę miażdżycową, która się wytwarza długotrwałem znacznie spotęgowanem parciem śródściennem krwi w tętnicy płucnej. Dlatego przypuszcza, że niedomykalność zastawki dwukończystej, jakoteż zwężenie ujścia żylnego lewego, usposobiają do powstania tętniaka i że bez tych wad nie może się wytworzyć tętniak tętnicy płucnej, opierając się na przypadkach za życia rozpoznanych Hopego, Skody i swoim, w którym wady powyższe były. Wolfram zaś w etyologii swego przypadku tętniaka tętnicy płucnej, obok którego była niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego, uważa miażdżycę tętnicy płucnej za następstwo, wytworzone z powodu wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Korczyński wywodzi powstanie tętniaka w swoim przypadku z przewlekłego zapalenia osierdzia, które przeniosło się na błonę zewnętrzną, a stąd na błonę środkową tętnicy. Nie bez wpływu na powstanie tętniaka było według Korczyńskiego naciąganie ścięgnistych błon wrzekomych, zlepiających początek tętnicy płucnej z workiem sercowym.

Wogóle więc w etyologii tętniaka sprawy zapalne tętnic z następowem ich stwardnieniem *(sclerosis arteriarum)* i zwiększone parcie ościenne krwi zdają się odgrywać najważniejszą rolę. A przecież brak jeszcze jednego ogniwa w tym łańcuchu; gdyż tyle razy jest dana sposobność do zwiększenia parcia ościennego w zakresie tętniczym, tyle razy występuje sprawa miażdżycowa w tętnicy głównej, a przecież zmiany w ścianach tętnicy płucnej należą do wielkich rzadkości.

Piśmiennictwo. Bamberger: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens 1857. H. Vierordt: (Spec. Path. und Therapie Nothnagels): Die angeborenen Herzkrankheiten. Hilton Fagge: A case of patent ductus arteriosus attented with a peculiar diastolic murmur. Guy's Hosp. Rep. 1873. A. Willigk: Wiederöffnung des Ductus arteriosus Botalli. Prager Vierteljahresschrift f. die pract. Heilkunde. 1854. W. J. Walsham: Unobliterated ductus arteriosus without other malformation of the heart und great vessels from a man. aet. 47. Transaction of pathog. Soc. 1877. Naunyn: Handbuch der spec. Path. und Ther. von Ziemssen. Tom VI. Gilewski: Przegląd lekarski i Wiener. med. Wochenschrift 1868. Friedreich: Krankheiten des Herzens. Stark: Abhandlungen der physikalisch-medizinischen Societät zu Erlangen. Tom I. str. 472. A. Gluziński: O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej w następstwie chorób zakaźnych. Przegląd lekarski 1901. Hope: Treatise on diseases of the heart. Tłomaczenie Beckera Berlin 1833. Skoda: Abhandlungen ueber Perkussion und Auskultation. Lebert. Berl. klin. Wochenschr. 1877. 20. Oppolzer: Vorträge herausgegeben von Stoffeln I. 305. E Neusser: Ueber Cyanose. Wien. klin. Wochensch. 1893. Korczyński: Przegląd lekarski 1878. Wolfram: Gazeta lekarska Nr. 24 i 25. 1883.

II. W sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał
Dr H. Schramm,
docent chir. na Uniw. lwowskim.

(Dokończenie).

Wreszcie jeszcze kilka słów o technice operacyjnej. We wszystkich mych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego operowałem cięciem nad dołkiem biodrowym prawym, podanem przez Sonnenburga. Cięcie zaczyna się na 3 cmt. nad i na wewnątrz od kolca biodrowego górnego, a kończy w połowie więzu Pouparta. W tej samej linii przecinam mięśnie brzuszne aż do otrzewnej; teraz można się przekonać, w jakich granicach istnieją zrosty otrzewnowe, ewentualnie wymacać w głębi chełbotanie i w tem miejscu przeciąć otrzewnę i dojść do jamy ropnia. Jeżeli zrostów niema, otwieram szeroko otrzewnę, a wsunąwszy wszędzie między blaszki otrzewnej ściennej i jelitowej paski gazy wyjałowionej, przystępuję ostrożnie do wyszukania wyrostka, kierując się jego prawidłowem położeniem, lub jak w ostatnich dwóch przypadkach przekonałem się dobrą wskazówką, to jest przebiegiem mięśni podłużnych jelita grubego. Taksamo w razie istnienia ropnia po dokładnem wyczyszczeniu jego jamy staram się wyszukać wyrostek, jestem bowiem przekonany, że wyjęcie go odrazu przyspiesza zgojenie się rany, a usuwając powód choroby, zapobiega się tym sposobem dalszym nawrotom i chroni się chorego od powtórnej operacyi. Zapewne, że z wyszukiwaniem wyrostka w takich przypadkach trzeba być bardzo ostrożnym i umieć postawić granicę swemu działaniu, aby skutkiem zbyt energicznego szukania nie porozrywać istniejących, odgraniczających jamę brzuszą zrostów i nie narazić chorego na ogólne zakażenie otrzewnej, rzecz naturalnie daleko niebezpieczniejsza, niż pozostawienie wyrostka. Stałych reguł zatem postawić tu nie można, a pytanie, czy w danym przypadku wyrostek może być usunięty, czy lepiej go zostawić, musi rozstrzygnąć operujący. Wycinanie wyrostka robaczkowego tak w przypadkach ostrych, jak zwłaszcza przewlekłych, o których tu zresztą nie mówiłem, wykonuję w ten sposób, że po uwolnieniu wyrostka od zrostów i podwiązaniu i przecięciu jego krezki przecinam w odległości 3 do 4 milimetrów od jego nasady kolisto otrzewnę i warstwę mięsną aż do błony podśluzowej; błony te odsuwam ostrożnie nieco tak, aby pozostała wolna przestrzeń na dwa milimetry, i zakładam na samą błonę śluzową dwie podwiązki z cieniutkiego jedwabiu. Między temi podwiązkami przecinam ostatnie warstwy wyrostka, poczem kikut zagłębiam do kiszki ślepej, a powstały wskutek tego wnicowania dołek w ścianie kiszki ślepej zamykam dwoma lub

Liczba bieżąca	Wiek i płeć	Trwanie	Objawy chorobowe	Zabieg operacyjny	Stan wyrostka	Wynik
1	Chłopak 7-letni leczony z kol. Kucharskim.	14 dni	Stała gorączka do 39°, bolesność ograniczona w dołku biodrowym prawym, nie zmniejszająca się, tętno do 100.	Cięcie Sonnenburga, wycięcie wyrostka zupełnie wolnego bez żadnych zrostów lub wysięku na około.	Wyrostek lekko zgrubiały, ściany naciekłe, błona śluzowa obrzmiała, zaczerwieniona drobne owrzodzenia.	Wyleczony.
2	Dziewczyna 6 letnia leczona z kol. Czarnikiem.	12 dni	Gorączka do 39°, obrzęk bolesny nad dołkiem biodrowym prawym, w głębi niewyraźne chełbotanie.	Cięcie Sonnenburga, otwarcie ropnia ograniczonego, wyrostek odszukano i wycięto.	Wyrostek mocno zgrubiały, na błonie śluzowej głębokie owrzodzenia, lecz przebicia nie ma.	Wyleczona.
3	Kobieta 19-letnia leczona z kol. Hrachem w Przemyślu	8—9 dni	Gorączka stała do 39°, tętno koło 100, naciek bolesny nad dołkiem biodrowym, skóra nad nim naciekła, niewyraźne chełbotanie	Cięcie Sonnenburga, otwarcie ropnia ograniczonego, sięgającego dość daleko ku dołowi, wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczona, długo utrzymująca się przetoka.
4	Kobieta 18-letnia, leczona z kol. Rosnerem w Kołomyi	10 dni	Gorączka do 40°, dreszcze bóle bardzo silne w dołku biodrowym prawym, gdzie jest naciek wielkości dwóch pięści, w głębi chełbotanie.	Otwarcie ropnia, zrosty bardzo silne, wyrostka nie odszukano.	—	Wyleczona.
5	Kobieta 47-letnia, leczona z kol. Strumieńskim w Szczurowicach.	3 tyg.	Gorączka do 39°, obrzęk wyraźnie chełbocący, zajmujący prawie całą prawą dolną połowę brzucha.	Otwarcie ropnia, wraz z ropą wypłynął zupełnie oddzielony wyrostek. Przeciwotwór w okolicy lędźwiowej.	Wyrostek zupełnie zgorzelinowy, w nim tkwi jeszcze jeden kamyk kałowy, dwa inne znaleziono w jamie ropnia.	Wyleczona
6	Mężczyzna 27-letni, leczony z kol. Heinem w Złoczowie.	12 dni	Gorączka 38 5°, mocny ból brzucha, dreszczyki, ograniczony naciek chełbocący w prawym dołku biodrowym.	Otwarcie ropnia, zrosty silne, wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczenie po długotrwałem ropieniu, kilka nawrotów, ale chory nie godzi się na operacyę powtórną.
7	Mężczyzna 20-letni, leczony z kol. Żuławskim w Stanisławowie.	4 dni	Gorączka do 40°, wzmagające się bóle w dołku biodrowym, obrzęk tutaj wielkości małej pięści, twardy, skóra nad nim nieco obrzmiała.	Cięcie Sonnenburga, wyrostek zlepiony z siecią, naokoło ropień, zresztą przedziurawiony otwór zatyka kamyk kałowy. Wycięcie wyrostka, sączek z gazy zresztą ranę zamknięto.	Wyrostek w jednem miejscu zgorzelinowy, zawiera kamyk kałowy	Wyleczony.
8	Mężczyzna 24-letni, leczony z kol. Mahlem.	6 dni	Gorączka 40°, uporczywe wymioty, tętno do 120, obrzęk nad dołkiem biodrowym i wyczuwalny przez kiszkę stolcową, niewyraźne chełbotanie.	Cięcie Sonnenburga. W chwili otwierania ropnia obfite wymioty: płyn ten dostał się do tchawicy i płuc; śmierć z zamartwicy.	—	Śmierć.
9	Mężczyzna 16-letni, leczony z kol. Janą.	4 tygodnie	Gorączka o przebiegu ropniczym, wieczorami do 40°, od czasu do czasu wymioty. Naciek częścią twardy częścią chełbotanie, zajmuje całą dolną prawą połowę brzucha i okolicę lędźwiową.	Cięcie nad dołkiem biodrowym, przeciwotwór w okolicy lędźwiowej. Wyrostek robaczkowy odnaleziono i odcięto.	Wyrostek zgorzelinowy, w nim tkwiły kamyki kałowe	Wyleczenie.
10	Mężczyzna 37-letni, leczony z kol. Janą.	5 tyg.	Choroba rozpoczęła się bolesnością w okolicy biodrowej prawej. Obecnie głównie bóle w okolicy wątroby, gorączka z natężeniem wieczornem do 40°, częste dreszcze, w jamie opłucnej wysięk ropny,	Cięcie Sonnenberga odsłoniło wnet ropień. w nim wyrostek robaczkowy przebity, zagięty ku górze. Wycięcie żebra, otwarto ropień opłucnowy. Z początku przebieg pomyślny, potem nowe dreszcze i gorączka; otwarto ropień podprzeponowy. Objawy ropnicze utrzymują się, coraz większe wyniszczenie.	Wyrostek zgorzelinowy, w nim jeden kamyk kałowy.	Śmierć w 3 tygodnie po operacyi.
11	Mężczyzna 21-letni, leczony z kol. Merczyńskim.	5 dni	Gorączka do 39°, obrzęk w prawym dołku biodrowym, w ostatnim dniu znów gwałtowny ból i wymioty	Cięcie Sonnenburga otwarło ropień opuszczający się ku dołowi w zatoce Douglasa. Wśród jamy ropnia leży pętla jelita cienkiego. Objawy zapalenia otrzewnej idą dalej	—	Śmierć w 5 dni po operacyi.

Liczba bieżąca	Wiek i płeć	Trwanie	Objawy chorobowe	Zabieg operacyjny	Stan wyrostka	Wynik
12	Chłopak 6-letni, leczony z kolegą Ostafińskim w Stanisławowie.	8 dni	Gorączka do 39°, rozlana bolesność przeważnie w dołku biodrowym prawym, wymioty częste, tętno do 130	Cięcie nad dołkiem biodrowym, otwarcie ropnia opuszczającego się aż ku zatoce Douglasa, wśród jamy ropnia leżą wolne pętle jelita. Wypłókanie jamy, sączek z gazy.	—	Śmierć na drugi dzień.
13	Dziewczyna 15-letnia. leczona z kol. Stachiewiczem we Lwowie.	3 tyg.	Gorączka z typem ropniczym, wieczorne podniesienia do 39·5, w ostatnich dniach wymioty, naciek w dołku biodrowym prawy, szerzący się ku tyłowi i i górze.	Cięcie jedno nad dołkiem biodrowym prawym, drugie, z tyłu w okolicy lędźwiowej, wytamponowanie. Wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczenie.
14	Chłopak 8-letni leczony z kol. Pisekiem we Lwowie.	5 tyg.	Bolesność i opór w prawym dołku biodrowym, stłumienie wypukowe w dole po prawej stronie klatki piersiowej poniżej łopatki, gorączka do 40°, dreszcze, poty.	Wycięcie 7 żebra, ropa cuchnąca, otwór w przeponie prowadzi do ropnia nad wątrobą. Przeciwotwór z boku poniżej 11 żebra.	—	Wyleczenie.
15	Kobieta 45-letnia. leczona z kol. Rosnerem w Kołomyi.	4 tyg.	Naciek bolesny, chełbocący w prawym dołku biodrowym, sięgający aż pod wątrobę. Bolesność pod śledzioną.	Cięcie w prawym dołku i w okolicy lędźwiowej. W następnym tygodniu otwarcie ropnia w lewym dołku biodrowym. Objawy ropienia utrzymują się	—	Śmierć z wyniszczenia w 2 tyg. po operacyi.
16	Kobieta 21-letnia, leczona z kolegą Stahlbergerem w Stryju.	12 dni	Bolesny naciek w dołku biodrowym prawym, gorączka utrzymuje się mimo należytego leczenia; w ostatnim dniu znacznie silniejsze bóle i kilkakrotne wymioty.	Cięcie Sonnenburga, otwarcie ropnia; wśród ropy gęstej i mazistej pływa pętla jelita; ropień rozszerza się ku dołowi, wyrostka nie znaleziono.	—	Śmierć w drugim dniu.
17	Dziewczyna 10-letnia, leczona w szpitalu św. Zofii.	15 dni	W dniu przyjęcia naciek twardy wielkości pięści w dołku biodrowym prawym; w okolicy lędźwiowej ropień wielkości pomarańczy.	Przecięcie ropnia w okolicy lędźwiowej. Na drugi dzień przez ranę wydobywa się kał. Cięcie rozszerzono; drugie cięcie nad dołkiem biodrowym, bardzo silne zrosty, wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczenie po utrzymywaniu się przez 4 tygodnie przetoki kałowej.
18	Dziewczyna 5-letnia, leczona z kol. Pisekiem we Lwowie.	3 tyg.	Cały brzuch wzdęty, bardzo bolesny; badanie wykazuje wolny płyn w jamie brzusznej, obok większego oporu i bolesności w prawym dołku biodrowym. Ciągłe wymioty, ciepłota 38°—40°, tętno 130.	Cięcie nad dołkiem biodrowym prawym. Wypuszczono około 2 litrów ropy; zrostów nie ma żadnych; odsłonięto i wycięto wyrostek, sączek z gazy do zatoki Douglasa i ku górze.	Wyrostek nacieklý dość mocno zgrubiały, nieprzedziurawiony. Na błonie śluzowej owrzodzenia.	Śmierć w kilkanaście godz. wśród zapadu.
19	Mężczyzna 25-letni, leczony z kol. Janą we Lwowie.	6 dni	Od dwóch dni nagłe znaczne boleści w całym brzuchu, wymioty ustawiczne; ciepłota 38°, tętno 140.	Cięcie nad dołkiem biodrowym prawym. ropę zmieszaną z kałem wypuszczono o ile się dało przez wymaczanie gazą. Wyrostka nie szukano.	—	Śmierć po 2 godzinach.
20	Kobieta 24-letnia, leczona z kol. Żukowskim w Stanisławowie.	7 dni	Po dość lekkim początku nagły ból przed dwoma dniami, wzdęcie wzmagające się, wymioty. Tętno 110, ciepłota 38°.	Cięcie nad prawym dołkiem biodrowym, wśród jamy ropnia leżą wolne, mocno zaczerwienione i wypociną włóknikową pokryte pętle jelit. Po wyczyszczeniu jamy wytarciem gazą, wyszukano wyrostek i wycięto go. W następnym tygodniu wypuszczono znowu nieco wydzieliny ropnej między zlepionemi pętlami jelit.	Wyrostek, zgorzelinowy przedziurawiony, zawiera 2 kamyki kałowe.	Wyleczenie.

trzema szwami Lamberta. W ten sposób najlepiej uchronić się można od wypływu treści z wyrostka lub kiszki ślepej, a naokoło wnicowanego wyrostka nie powstaje żadna jama, którąby mogła być, jak na to słusznie zwraca uwagę Herman („Przegląd lekarski“ Nr. 41) powodem do powstania nowego ropnia.

Otwierania ropni, opuszczających się ku dołowi i zatoce Douglasa, przez pochwę lub kiszkę stolcową nie uważam za stosowne z powodu możebności, zwłaszcza w ostatnim razie, zakażenia jamy ropnia kałem i powstania długo trwającej przetoki. W podobnych przypadkach z cięcia nad dołkiem biodrowym, odłuszczając otrzewnę od talerza biodrowego, można się dostać pozaotrzewnowo głęboko ku dołowi, aż do zatoki Douglasa. Przy ropieniu postępującem, gdy naciek ropny szerzy się ku górze wzdłuż okrężnicy wstępującej, wskazane jest zrobienie przeciwotworu w okolicy lędźwiowej; obecność ropnia podprzeponowego, ropnego zapalenia opłucnej i t. p. wymaga odpowiednich zabiegów operacyjnych, by ropie zawsze ułatwić zupełnie swobodny odpływ.

Jeżeli mamy przed sobą przypadek już z zapaleniem rozlanem otrzewnej, to i w takim razie otwierałem jamę brzuszną szerokiem cięciem nad dołkiem biodrowym prawym i wyrostek, jeżeli się dało, usuwałem po wypuszczeniu ropy, po dodaniu ewentualnie cięcia nad dołkiem biodrowym lewym, oczyszczałem jamę brzuszną, o ile się dało, przez wymaczanie ropy paskami gazy wyjałowionej, poczem zakładałem sączki z pasków gazy do zatoki Douglasa i ku górze w okolicę wątroby, poczem ranę skórną zmniejszałem przez założenie kilku szwów; otwierania w linii białej, wyjmowania jelit i płókania jamy brzusznej nigdy nie robiłem. Sądzę też, że ten energiczny zabieg przez rozerwanie istniejących może zrostów, ograniczających przynajmniej część jamy brzusznej, i przez „shock“ może przynieść choremu więcej szkody, niż korzyści.

Streszczając wszystko, co powyżej powiedziano, przychodzę do następnych wniosków:

1. Każdy lekarz, obejmujący w leczenie chorego z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, powinien umieć postawić wskazania i oznaczyć czas do wykonania ewentualnej operacyi; jeżeli nie czuje się do tego na siłach, lub jeżeli w czasie przebiegu choroby przedstawią mu się jakiekolwiek wątpliwości, powinien bez zwłoki zawezwać do narady chirurga.

2. Przypadki ostrego zapalenia wyrostka bez wysięku z oznakami tylko nieżytowego zapalenia, jakoteż przypadki z wysiękiem surowiczo-włóknikowym i typowym przebiegiem nie wymagają zabiegu operacyjnego.

3. Przypadki bez wysięku, w których jednak objawy każą rozpoznać, lub z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać zgorzel wyrostka, powinny być wczas operowane.

4. W każdym przypadku, w którym objawy kliniczne każą rozpoznać zropienie wysięku naokoło wyrostka, jest wskazane jak najwcześniejsze otwarcie ropnia.

5. Zabieg operacyjny staje się tem pilniejszy, jeżeli ropienie w okolicy rozszerza się szybko.

6. Wycięcie wyrostka jest wskazane w ostrych przypadkach o tyle, o ile się to da wykonać bez rozerwania zrostów odgraniczających jamę brzuszną; w ostatnim razie lepiej wyrostek zostawić.

7. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej surowiczo-ropnego, lub nawet czysto ropnego, wskazany jest jak najwcześniejszy zabieg operacyjny, polegający na otwarciu jamy brzusznej cięciem nad dołkiem biodrowym prawym, ewentualnie z dodatkiem cięcia w okolicy lędźwiowej prawej, lub nad dołkiem biodrowym lewym i wprowadzenie sączków do zatoki Douglasa.

8. W przypadkach zapalenia otrzewnej gnilnego *(sepsis peritonealis)*, zabieg operacyjny nie jest wskazany.

Na zakończenie dołączam wyciąg historyi choroby przypadków, operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka.

* * *

III. Intubacya w ręku prowincyonalnego lekarza *).

Podał

Dr. B. Nodzyński,

sekundar. szpitala powsz. w Bochni.

Każdemu lekarzowi, odbywającemu swoją praktykę na prowincyi, przydarza się większa lub mniejsza liczba przypadków dławca już w tym okresie zwężenia krtani, że nie czas myśleć o wysyłaniu chorego do szpitala do specyalisty, lecz należy jak najspieszniej wykonać intubacyę, względnie tracheotomię. Sądzę, iż często od wykonania takiego zabiegu wstrzymuje lekarza ta myśl, że nie będzie mógł mieć tego chorego w nieustannej kontroli z rozmaitych powodów. Zauważyć jednak należy, iż w przypadkach zaniedbanych natychmiastowa intubacya jest wprost *indicatio vitalis*, a lekarz, który czy z braku miejsca, czy czasu nie chce chorego dłużej w swej opiece zatrzymać, może już śmielej po dokonanej intubacyi wobec lepszych warunków dla oddychania i krążenia dziecko do odpowiedniego zakładu wysłać, tem bardziej, iż doświadczenie uczy, że nawet po następowem wykaszlaniu tubusa dzieci najczęściej mogą się obejść bez niego 1 do 2 godzin.

Zabieg sam w przypadkach niepowikłanych zajęciem niższych dróg oddechowych robi wrażenie efektowne i wzbudza szczególnie u ludu wiejskiego zaufanie, a jeśliby można użyć porównania co do podziwu i skutku zabiegu, możnaby go najsnadniej porównać z operacyą zaćmy.

Pozwolę sobie w krótkości przytoczyć przypadki, intubowane w szpitalu bocheńskim od 13 lutego 1898 do daty dzisiejszej.

1) Liczba chorych intubowanych 25.
2) Wiek chorych od 1 i pół roku do lat 12.
3) Chłopców 14, dziewcząt 11.
4) Liczba dokonanych intubacyj 39.
5) Intubacya u jednego osobnika:

jednorazowa	16 . .	(16)	razy,
dwu razowa	5 . .	(10)	„
trzyrazowa	3 . .	(9)	„
czterorazowa	1 . .	(4)	„

6) Czas trwania intubacyi najmniejszy 16 godzin, najdłuższy (z przerwą 39 godzin) 15 dni.
7) Przypadków śmiertelnych 5 = 20%.
8) Potrzeba ekstubacyi z powodu przegryzienia nitki 3.

Z przypadków ciekawszych zasługuje na uwagę jeden, 4-krotnie w ciągu 15 dni intubowany:

J. T. l. 3 z K., przyjęta do szpitala 20 lutego 1900 r. wieczorem z ogromnem zaciąganiem, twarzą blado-siną, tętnem 150, ciepłotą 39°. Intubacya natychmiastowa, wstrzyknięcie 2000 jed. surowicy B.— 23 lutego rano ekstubacya nitką. Po 2 godzinach (23 lutego) z powodu coraz silniejszego zaciągania intubacya. 26 lutego ekstubacya nitką. Już po godzinie (26 lutego) z powodu zaciągania intubacya. W dniu 27 lutego stwierdzono obrzęk, rozwijający się około chrząstki tarczykowej, przeważnie od strony prawej przy skórze niezmienionej. Z powodu wzrastania obrzęku zrobiono 1 marca przy pozostawionym tubusie cięcie skórne do ewentualnej krikotracheotomii. Idąc w głąb na tępo natrafiono po stronie prawej na ognisko ropne, o ropie zielonawej, mocno cuchnącej. Z powodu silnego osłabienia dziecka i lichego tętna na razie tubusa nie wyjmowano z obawy konieczności dalszego zabiegu. Opatrunek antyseptyczny. Dnia 3 marca ekstubacya. W dolnym końcu rany, w miejscu odpowiadającem pierwszym chrząstkom tchawicy, słychać wyraźny świst wdychanego i wydychanego powietrza. Opatrunek. Od-

*) Z końcem r. 1897 przeprowadził Doc. Dr. Raczyński nadzwyczaj szczęśliwą myśl, a rozszerzył jej zakres w następnych latach Doc. Dr. Kryński, by na wzór wszechnic zagranicznych urządzać świąteczne kursa dla lekarzy praktycznych. Pierwszy kurs, obejmujący całokształt obecnych wiadomości o błonicy, powitany był z niekłamanym zapałem, a siłą głównie przyciągającą dla nas lekarzy była intubacya. O ile wiem takich kursów odbyło się kilka; ciekawem byłoby dowiedzieć się, czy, ile i z jakim skutkiem koledzy w kursach udział biorący w swej praktyce intubacyę wykonywali.

dechy spokojne; 3 marca o 11 w nocy nagłe duszenie się. Zdjęcie opatrunku bez poprawy, intubacya; 6 marca ekstubacya; mierne zaciąganie. świst słyszalny w ranie pokrytej ziarniną; 11 marca wypuszczono dziecko ze szpitala, świstu nie słychać, rana w przeważnej części zgojona, oddechy swobodne.

Nie wątpliwie więc w tym przypadku konieczność ciągłej intubacyi prawie przez 14 dni wywołała już w pierwszych dniach odleżynę, która w dalszym ciągu spowodowała zapalenie ropne w tkankach przyległych. Mimoto przy użyciu dalszej intubacyi rana odleżynowa przez ziarninowanie się wygoiła.

Z ogólnych uwag przytoczę: z zasady tubus pozostawiam w krtani przez 48 godzin. Tubus przymocowuję na grubszej strunie jedwabnej, nasmarowanej woskiem, a tuż przed tubusem robię węzeł. Przy tym sposobie umocowania tubusa tylko 3 razy zachodziła konieczność użycia ekstubatora z powodu przegryzenia obu nitek.

W końcu nadmienić muszę, iż warunki po intubacyi są prawie te same w szpitalu tutejszym, jak i w domu prywatnym; lekarz bowiem w zakładzie nie mieszka. Mimoto nigdyśmy wypadku nagłego śmierci z powodu spóźnionego przybycia lekarza nie mieli. Służbie tylko, względnie otoczeniu chorego, zwróciliśmy uwagę, by przy nagłem zaduszaniu się i sinieniu mimo obecności tubusa, natychmiast go za pomocą nitki wyjęto i po lekarza posłano. Najczęstszą bowiem przyczyną takiego nagłego zaduszania przy obecności tubusa jest jego zaczopowanie przez grubsze błony.

W razie przegryzienia obu nitek również służba miała obowiązek zawiadomić lekarza, zaś w razie wykaszlania tubusa — tylko przy pojawiającem się na nowo zaciąganiu.

Na jedno chcę jeszcze zwrócić uwagę. Zdarza się nieraz, iż, czy to z powodu oporu rodziców, czy innych powodów, wstrzyknięcie surowicy jest niemożebne. Otóż w tych przypadkach błonicy gardła widziałem niejednokrotnie bardzo dobre wyniki działania surowicy, podając ją dziecku wewnętrznie 1000 jedn. na raz.

IV. Wyciągi.

Prof. Władysław Reiss. **Czy kiłę pierwotną można uważać za zmianę czysto miejscową?** (*Archiv fur Dermat. und Syph.* T. 58, 1 i 2 Z.). Jakkolwiek określenie pojęcia, kiedy kiłę należy uważać za ustrojową, zdawałoby się według obecnego stanu wiedzy i klinicznego doświadczenia być jasnem i nie pozostawiać wątpliwości, to jednak niektóre spostrzeżenia, pojawiające się od czasu do czasu, nasuwają je przecież. O kile ustrojowej mówimy wtedy, kiedy w ustroju zakażonym, w miejscach odległych od zmiany pierwotnej, napotykamy objawy przez nią (względnie jej jad) wywołane, jak: obrzęki gruczołów, osutkę i t. d. Nim to nastąpić może, trzeba czasu, by jad kiły rozmnożył się w ilości niezbędnej i ten okres czasu, — okres II. wylęgania, — słusznie zaliczyć należy do pojęcia kiły ustrojowej. Przyjąć bowiem można, że rozmnożenie się jadu swoistego kiły następuje zwolna i dopiero w chwili, kiedy osięgło pewną miarę, przychodzi do wystąpienia zmian ogólnych. Przypuszczeniu temu, jak nie mniej wliczeniu II. okresu wylęgania do kiły ustrojowej, nietylko nie przeczy, a raczej potwierdza je spostrzeżenie kliniczne. Finger i Lang opisali przypadki, w których w tym okresie, a więc przed wystąpieniem zmian ogólnych, spostrzegali: pierwszy w okolicy podkolanowej, drugi w pobliżu zmiany pierwotnej objawy kiły pod postacią guzków. Jak długo w patogenezie kiły miano na myśli tylko domyślny jej jad, tak długo pojmowania kiły ustrojowej w sposób powyższy nic nie osłabiało. Dopiero teorya, wygłoszona przez Fingera o produktach przemiany jadu kiłowego i jego toksynach, wywołała pewne różnice w zapatrywaniach. I tak: niektórzy autorowie mówią o kile ustrojowej od tej chwili, kiedy toksyny, wytwarzane powoli w zmianie pierwotnej, dostaną się do całego ustroju. Jako kryteryum dla tego okresu uważają wystąpienie tak zwanej zmniejszonej odporności, pojawiającej się już w bardzo krotkim czasie (kilku dniach, a nawet godzinach). Według teoryi Fingera toksyny jadu kiłowego gromadzące się w ustroju w ilości większej niż jest ona potrzebną do sprowadzenia odporności, wywołują pewną przemianę w tkankach, której wyrazem są zmiany trzeciorzędne. Tu należą przypadki kiły trzeciorzędnej matek dzieci kiłowych z ojca, kiły późnej dziedzicznej, wreszcie objawów kiły trzeciorzędnej u osobników, u których po wycięciu zmiany pierwotnej objawów drugorzędnych nie było. Kiła nabyta ze zwykłym przebiegiem (wystąpieniem zmian drugorzędnych) prowadzi jednak również do wystąpienia zmian trzeciorzędnych. W okresie drugiego wylęgania, tj. od chwili wystąpienia zmiany pierwotnej do wystąpienia objawów ogólnego zakażenia, o których przypuścić należy, że wywołane zostały przez upostaciowany jad kiły, występują jednak objawy zwiastunowe (bóle głowy, nerwobóle, gorączka), których przyczyny szukać należy prawdopodobnie w toksynach. Ustrój ulega więc nierównocześnie przesiąknięciu z jednej strony toksynami, z drugiej jadem kiły, — zatruciom, których identyfikować nie można. Teorya Fingera ścieśnia tę granicę znacznie. Autor odnosi pojęcie „kiła ustrojowa“ do tych przypadków, w których jad swoisty dostał się poza miejsce wtargnięcia, choćby tylko w najbliższe otoczenie, którego w danej chwili było za mało, by mógł wywołać zmiany ogólne, ale dosyć, by wytłómaczyć ujemne wyniki po wycięciu nawet bardzo wczesnem „zmiany pierwotnej“.

Że to wtargnięcie jadu z miejsca zmiany pierwotnej poza jej obręb następuje bardzo szybko, tak szybko, że nasuwa wątpliwości co do pojmowania tej zmiany, jako cierpienia miejscowego, o tem przekonało autora następujące spostrzeżenie:

Słuchacz medycyny zgłosił się do Reissa o godzinie 9-tej wieczór, podając, że po godzinie 4-tej popołudniu tego samego dnia spółkował z nierządnicą, u której, jak już za późno się dowiedział, w tym samym dniu lekarz policyjny stwierdził ktykciny sączące na częściach rodnych. Badanie wykazało: obtarcie przyskórka na ograniczonej przestrzeni po stronie wewnętrznej napletka. Bezzwłocznie, a więc w pięć godzin po spółkowaniu wyciął autor część wewnętrznej ściany napletka, zajętą przez otarcie, zabierając z otoczenia tkanki zdrowej pas szerokości jednego centymetra. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po dniach 10-ciu wystąpił obrzęk jednego gruczołu w pachwinie, a po 59 dniach od wycięcia — wysypka plamisto-guzkowa na skórze tułowia.

Ścisłe to spostrzeżenie stanowi cenny przyczynek dla wyświetlenia sprawy wycinania zmiany pierwotnej. Bo jakkolwiek liczba ogłoszonych, a tu należących przypadków z wynikiem podług podania autorów dodatnim, jest niemała, to niewiele z nich wytrzymuje ścisłą krytykę z dwóch powodów.

Usuwając bowiem ognisko podejrzane o zmianę pierwotną, nie zawsze wiemy na pewno, że nią było, a powtóre niedość długi czas prowadzone spostrzeganie również może zostawiać pewne wątpliwości. Na poparcie tej drugiej okoliczności przytacza autor przypadek, spostrzegany przez siebie w klinice ś. p. prof. Rosnera, dotyczący mężczyzny lat 20, u którego po wycięciu zmiany pierwotnej w ciągu spostrzegania przez cały rok objawów kiły ustrojowej nie zauważono. Dopiero po dwóch latach stwierdzono łuszczycę na dłoniach. Opierając się na swoich wyżej przytoczonych spostrzeżeniach, zapatruje się autor sceptycznie na wycinanie zmiany pierwotnej, jako leczenie poronne; nie potępia jednak tego zabiegu leczniczego z tego punktu widzenia, że z usunięciem ogniska pierwotnego, usuwa się zarazem główne źródło jadu kiłowego. Tem też należy tłómaczyć opóźnianie się wystąpienia objawów kiły ustrojowej po wycięciu zmiany pierwotnej. Trzeba bowiem dłuższego czasu, by z tej małej ilości jadu, która dostała się do ogólnego krążenia przed wycięciem, nastąpiło rozmnożenie jego w ilości potrzebnej do wywołania zaburzeń ogólnych. W dalszym ciągu swej pracy rozbiera Reiss te przypadki, w których jednak bez usunięcia ogniska pierwotnego zmiany zakażenia ogólnego albo się znacznie opóźniają, albo występują z bardzo słabem nasileniem. Tłómaczy je autor bądź tem, że bardzo mała ilość jadu dostała się w miejsce wtargnięcia, bądź też, że jad ten, przeniesiony z drugiego osobnika, był już poniekąd osłabiony, czy to biegiem czasu, czy w następstwie energicznego przeprowadzenia leczenia przeciwkiłowego. Rozbierając te przypadki, w których po usunięciu zmiany pierwotnej nie nastąpiły zmiany wczesne, tylko późnego okresu, a które teorya Fingera tłómaczy pewnem przeobrażeniem i zmianą tkanek pod wpływem toksyn, nie podziela autor tego tłómaczenia. Jeżeli bowiem wykonano wycięcie zmiany pierwotnej bardzo wczas, nim większa ilość toksyn mogła się dostać do ustroju, to, jak sądzi Matzenauer, przypuścić trzeba, że tę małą ilość toksyn ustrój stara się zobojętnić przez zamianę ich na antytoksynę. Dopiero w miarę dostawania się do ustroju coraz większej ilości jadu, a z nią powstawania toksyn, ta czynność samoobrony ustroju wyczerpuje się, nie wystarcza, i przychodzi do zadziałania jadu. To też autor nie umie sobie wyobrazić powstawania

zmian trzeciorzędnych bez współdziałania jadu swoistego. Neisser, Jadassohn wypowiedzieli podobne zapatrywanie. Drugie spostrzeżenie autora, które dotyczy przypadku kiły odziedziczonej, osłabia również pojmowanie zmiany pierwotnej, jako cierpienia miejscowego.

M. R. lat 28. żona oficera, zaszła w ciążę ze zdrowym podówczas mężem w kwietniu 1899 r. W maju mąż uległ zakażeniu kiłowemu i autor stwierdził u niego zmianę pierwotną. W pierwszych dniach stycznia 1900 r. stwierdził Reiss również i u żony zmianę kiłową pierwotną. Dnia 2 lutego powiła pacyentka dziecko pozornie zdrowe, donoszone, u którego w dwa tygodnie wystąpiła osutka guzkowa. U matki dziecka wystąpiła osutka plamista dopiero z końcem lutego.

Podobne spostrzeżenia opisali Rosen, Dühring, Welander i t. d. Kaposi i Neumann zaznaczają, że kiła nabyta przez matkę w ostatnich dwóch miesiącach ciąży prawie nigdy nie przenosi się na płód, bo musi być wprzódy ustrojową u matki, do czego trzeba około 8 tygodni. Spostrzeżenie autora dowodzi jednak, że to rozprzestrzenienie się jadu w tym przypadku nastąpiło bardzo prędko, skoro dopiero w dwa tygodnie po wystąpieniu zmian ogólnych u płodu, pojawiły się takowe u matki.

Jako dalszy dowód, że zmiana pierwotna już jest wyrazem kiły ustrojowej, przytacza autor wyniki badań krwi Neumanna i moje, które wykazały zgodnie, że już w drugim tygodniu od chwili wystąpienia zmiany pierwotnej ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych nieznacznie, jednak się zmniejsza.

Opierając się na przytoczonych dwóch przez siebie spostrzeganych przypadkach, przychodzi Reiss do wniosku, że zmiany pierwotnej kiłowej nie możemy uważać, jako cierpienia miejscowego do pewnego czasu, ale raczej jako okres pierwszy choroby *à priori* ustrojowej. *Borzęcki.*

John Brownlee. **Leczenie moru surowicą.** (*The Lancet*, 17 sierpnia 1901 r.). Autor stosował surowicę przeciwmorową Yersina (z instytutu Pasteura w Paryżu) w czasie niedawnej epidemii w Glasgowie. Przebieg tej epidemii był wogóle znacznie łagodniejszy, niż to ma miejsce na wschodzie; również liczba chorych nie była dostateczną dla zestawień statystycznych; wywody więc autora nie mają znaczenia rozstrzygającego, lecz bądź co bądź spostrzeżenia te zawierają w sobie wiele pouczającego.

Surowica była stosowana w celu zapobiegawczym i leczniczym. W pierwszym przypadku wstrzykiwano pod skórę 10 centr. sześc. osobom, które miały styczność z chorymi na mór: okazało się jednak, że wprowadzenie takiej ilości Yersinowskiej surowicy pod skórę nie dawało zupełnej odporności, lecz w każdym razie choroba przebiegała nadzwyczaj łagodnie.

W celu leczniczym zasstrzykiwano surowicę pod skórę i do żył: pierwszy sposób okazał się mało skutecznym; widocznie antytoksynę przyciągają do siebie gruczoły chłonne, najbliższe od miejsca zastrzyknięcia, do ogólnego zaś krążenia dostają się składniki surowicy bardziej obojętne. Potwierdzają to fakty kliniczne: z jednej strony zawsze występujące nabrzmienie najbliższych gruczołów i znaczne zmiany laseczników morowych, jeżeli surowica była wprowadzoną w okolicy dymienicy morowej; z drugiej zaś strony zupełny brak wpływu na ogólny stan. To też zastrzykiwanie surowicy należy stosować w bliskości zajętych gruczołów i w tych tylko razach, gdy zakażenie ogranicza się jeszcze do dymienicznego stanu gruczołów, a nie stało się ogólnem.

Wstrzykiwanie surowicy przeciwmorowej do żył ma znacznie większe znaczenie: w większości przypadków następuje szybkie polepszenie, nawet w późnych okresach choroby, — pod warunkiem jednak, że ma się do czynienia z czystem zakażeniem lasecznikami morowymi: przy zakażeniu mięszanem działanie surowicy jest o wiele słabsze.

Zresztą autor czyni uwagę, że możliwem jest również, iż w epidemii, o której mowa, stosowane były za małe dawki (20 centr. sześc. na raz), i w przyszłości należałoby bodaj odrazu zaczynać od wprowadzenia do żył 60 centr. sześc. i wyżej.

Działanie surowicy objawia się już w kilka godzin po wstrzyknięciu (do żył): ból w gruczołach zmniejsza się, gorączka opada przy obfitem poceniu się, przytomność powraca, ogólny stan wyraźnie polepsza się; następowe dymienice zwykle rozchodzą się, pierwotne krosty zasychają i goją się i wyzdrowienie postępuje szybkim krokiem. *St. Rudzki*

F. Percival Mackie. **Zachowanie się krwi w płonicy.** (*The Lancet*, 24 sierpnia 1901 r.). Autor badał krew 24 chorych na płonicę w różnych okresach cierpienia i rozmaitej ciężkości. Umiarkowana niedokrwistość stanowiła stałe zjawisko. W połowie przypadków liczba czerwonych krwinek wynosiła od 3,500.000 do 4,000.000 na 1 mlm. sześć. Ilość hemoglobiny była w prostym stosunku do krwinek czerwonych. Białe ciałka stale były w ilości większej nad normę (wyżej 10.000 w 1 mlm. sześc.). Leukocytoza była w związku nietyle z ciepłotą, ile ze stopniem zajęcia gardła i natężeniem wysypki. Powiększenie ilości białych ciałek zaczynało się zazwyczaj w 24 godziny po wysypce i dochodziło do *maximum* po wystąpieniu głównych objawów (od 3 do 10 dnia choroby). Przy posocznicze m zajęciu gardła leukocytoza bywa niezwykle wzmożoną (w jednym przypadku 95.300!); w przypadkach śmiertelnych opada przed zgonem. W składzie białych ciałek przeważały komórki wielojądrzaste; w pewnych przypadkach była powiększoną ilość eozynochłonnych (5—6%). Spostrzeżenia autora wogóle zgodne są z wynikami innych autorów. Główne znaczenie w płonicy ma określanie liczby białych ciałek: zwiększenie ich jest objawem pomyślnym, świadczy bowiem o walce ustroju, i co zatem jest w związku ze sprawą nabywanego uodpornienia. Przeciwnie, niedostateczna leukocytoza, lub brak jej, dają bardzo złe rokowanie; stosuje się to i do gwałtownego spadku ilości leukocytów przy narastającej poprzednio ich liczbie.

Dalej autor wskazuje, iż znaczna leukocytoza (wyżej, niż 40.000) przemawia za istnieniem sprawy posoczniczej.

Dla rozpoznania różniczkowego od odry ważnem jest, iż w odrze liczba białych ciałek nie bywa powiększoną.

Ciekawem jest również znalezienie przez autora eozynofilii w płonicy: mogłoby to potwierdzać pogląd, wypowiadany przez pewnych autorów, przypuszczających związek między komórkami eozynochłonnemi i wytwarzaniem antytoksyny w ustroju.

Autor osobiście bardziej przychyla się do zdania o związku, zachodzącym pomiędzy ciałkami eozynofilnemi i chorobami skóry wogóle, chociaż w swoich przypadkach nie mógł zauważyć stosunku między eozynofilią i natężeniem wysypki. *St. Rudzki.*

Krönig. **O leczeniu ciąży zamacicznej.** (*Klin. therap. Wochs.* 1901, Nr. 41). Według prac Fütha, Aschoffa i Kühnego jajo płodowe, rozwijając się w trąbce, zapuszcza kosmki w warstwę mięsną aż do otrzewnej, na której powstają złogi zapalne i wskutek czego otrzewna w miejscu tem grubieje. Z chwilą wystąpienia poronienia od ilości wylanej krwi zależeć będzie, czy zgrubiała w tem miejscu otrzewna pęknie. Nawet po dokonaniu poronienia trąbkowego nie minęło niebezpieczeństwo możliwości pęknięcia trąbki; pozostałe bowiem kosmki rosną w ścianie trąbki i niszczą ją, każdej więc chwili mogą zniszczyć i otrzewnę i wywołać nowy krwotok wewnętrzny.

Omówiwszy przytoczone zapatrywania na ciążę zamaciczną, przechodzi autor do sposobu leczenia. Przy płodzie żyjącym i krwotoku wewnętrznym radzi zawsze zaraz operować. W przypadkach powstałego krwisteku zaleca albo postępować zachowawczo albo jeżeli się już ma operować, to pierwszeństwo daje laparotomii przed operacyą pochwową. Tylko u osób starszych, blizkich utraty peryodu, stosuje operacyę pochwową z równoczesnem wyjęciem macicy sposobem Segonda. Samo nacięcie i wypróżnienie krwisteku uważa za niebezpieczne, bo może w trąbce pozostać część jaja i powstać krwotok następowy. *P.*

A. Sicard. **O odczynie Bence Jonesa i Jacquemeta w albumozuryi.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 83). Odczyn Bence Jonesa polega głównie na zmianach, powstałych pod wpływem ciepła i zimna. Mocz, badany po przesączeniu, ogrzewamy w probówce. Przy ciepłocie 60° płyn wyraźnie się mąci i tworzy osad; przy dalszem gotowaniu zmącenie i osad nikną, powstając jednak na nowo przy oziębieniu. Oddziaływanie to spostrzegali autorowie bardzo rzadko, bo zaledwie w 17-tu przypadkach i to prawie zawsze przy wielokrotnych mięsakach.

Odczyn Jacquemeta polega na spostrzeżeniu, że eter siarkowy, zmięszany w probówce z moczem, zawierającym albumozy, przybiera postać żelatynowego skrzepu, który zajmuje tak szczelnie powierzchnię górną cieczy, że nawet jakiś czas stawia jej opór przy przewróceniu probówki. Przedewszystkiem należy dodać do badanego moczu nadmiaru chlorku sodowego, przesączyć, zakwasić lekko kwasem octowym, zagotować, a po oziębieniu znów przesączyć dla usunięcia albuminu, mucyny i fosforanów. Następnie dodaje się jedną trzecią eteru siarkowego, kłóci i ustawia pionowo. Z powstałego skrzepu tworzy się jakby korek barwy badanego moczu. Przy pomocy podziałki można posługiwać się tą metodą dla codziennego porównywania ilościowego.

Odczyn Jacquemeta spostrzegano w nader licznych przypadkach klinicznych i tak: w grypie, ostrym gośćcu stawowym, płonicy, ospie, zapaleniu płuc i opłucnej, gruźlicy płuc, oraz przy ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek. W durze pojawia się w pierwszym tygodniu, wybitny jest w drugim i trzecim, a potem ustępuje w miarę polepszania się stanu chorobowego. Flandrin opisywał go w przypadku drgawek bez białkomoczu. Albumozurya, względnie odczyn Jacquemeta, jest zjawiskiem niezależnem od albuminuryi i zdaje się towarzyszyć zakażeniom i zatruciom. *Dr. M. Blassberg.*

M. Labbé. **O porażeniu nerwu promieniowego pod wpływem naciągnięcia.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 83). Autor opisuje dwa przypadki, mianowicie jeden własny, a drugi Debovea i Bruhla, w których po nagłym gwałtownym urazie powstało porażenie w zakresie nerwu promieniowego. Porażenie to w krótkim czasie ustąpiło pod wpływem leczenia prądem elektrycznym. W obu przypadkach można było przyjąć jako przyczynę naciągnięcie nerwu promieniowego przy gwałtownym ruchu pronacyjnym w chwili urazu. Spostrzeżenia te wskazują, że prócz ucisku lub zmiażdżenia, naciągnięcie nerwu także odgrywa ważną rolę w etyologii porażenia urazowego. *Dr. M. Blassberg.*

Zimnicki. **Wydzielnicza praca błony śluzowej żołądka podczas zatrzymania żółci w ustroju.** (*Rozpr. dokt. Petersb.*, 1901). Badania wydzielniczej czynności gruczołów żołądka, dokonane na psach z odosobnionym małym żołądkiem (metodą Heidenhain-Pawłowa) przed i po podwiązaniu przetoki żółciowej, jakoteż na chorych dotkniętych żółtaczką, przyprowadziły Z. do następujących wniosków: 1) zatrzymanie żółci w ustroju wywołuje nadmierną kwasotę soku żołądkowego wskutek zwiększenia ilości wolnego kwasu solnego; zawartość luźno związanego kwasu solnego i chlorków pozostaje bez zmiany; 2) hipersekrecya soku żołądkowego trwa niedługo, zwykle godzinę i przechodzi w stan wręcz przeciwny, t. j. znaczne obniżenie wydzielniczej czynności żołądka: 3) podobne zachowanie się wydzieliny gruczołów żołądka zależy od zwiększonej pobudliwości komórki gruczołowej i następowego szybkiego jej zmęczenia, czyli od t. zw. astenii komórki, którą Z. oznacza u chorych w następujący sposób: choremu podaje się naczczo próbne śniadanie Ewald-Boasa i po upływie godziny wypompowuje się sok żołądkowy; po przepłókaniu żołądka podaje znów Z. próbne śniadanie; u zdrowych osobników sok żołądkowy, otrzymany po upływie godziny, wykazuje te same liczby ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego, co i po pierwszem próbnem śniadaniu; przy astenii zaś, którą Z. spostrzegał u chorych na żółtaczkę, na drugie śniadanie wydziela się sok mniej kwaśny z mniejszą zawartością kwasu solnego; 4) u psów spostrzegał Z. znaczne przedłużenie wydzielania się soku i niektóre objawy ze strony żołądka, które występują i u chorych na żółtaczkę, n. p. odbijanie, wymioty i t. d. *Witold Orłowski.*

Żurkowski. **Zastosowanie atropiny w ostrej niedrożności jelit.** (*Bolnicznaja Gaz. Botkina*, 1901, Nr. 44). W jednym przypadku niedrożności ostrej jelit, pomimo zastosowania leków przeczyszczających: kalomelu, rzewienia i jalapy aa 0,3 wystąpiły wymioty kałowe. Ż. zastrzyknął pod skórę atropinę w dawce 0,005 (!). Po upływie $^1/_2$ godziny nastąpiły objawy zatrucia, mianowicie: zawroty głowy, rozszerzenie źrenic, wysychanie w jamie ustnej, poczerwienienie twarzy, tętno 100, małe; po upływie dwóch godzin bredzenie, omamy wzrokowe i słuchowe, wreszcie kurcze drgawkowe. Objawy zatrucia znikły same przez się po upływie pięciu godzin. Chora powróciła do przytomności, bóle w brzuchu i wymioty ustały; w nocy odeszły gazy, a wkrótce nastąpiło obfite wypróżnienie. *Witold Orłowski.*

Dr. P. Klemm. **O stosunku róży do zakażeń paciorkowcami i przyczynek do nauki o epidemiologii róży.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. VIII, Z. III). 1) Wszelkie zakażenia paciorkowcami cechują się, w przeciwieństwie do zakażeń gronkowcami, małą skłonnością do ropienia. 2) Róża anatomicznie jest to *lymphangoitis streptomycotica superficialis.* 3) Każde ropienie, wywołane przez paciorkowce, wśród pewnych warunków może się stać źródłem róży. 4) Zakaźność róży jest nader mała. 5) Chcąc zapobiedz występowaniu róży, powinno się dokładnie izolować chorych, u których w ropie wykazaliśmy paciorkowce. Te bowiem, zawarte n. p. w ropie przy zapaleniu ucha środkowego, dostawszy się na zranioną skórę innego chorego, mogą u niego spowodować różę. *Herman.*

Prof. Mikulicz i G. Reinbach. **O tyreoidyzmie towarzyszącym wolu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.* T. VIII). Dokładne badanie chorych, dotkniętych rozlaną przerostową postacią wola, wykazały, że w znacznej liczbie tych przypadków stwierdzić można było: bicie serca, drżenie rąk i języka, zawroty głowy, wzmożoną ogólnie pobudliwość nerwową i t. d., a więc objawy, które spotykamy i w chorobie Basedowa, lecz w stopniu nierównie silniejszym. Uwzględniając tedy korzystny, jakkolwiek niewytłómaczony, wpływ strumektomii w ciężkich postaciach choroby Basedowa, sądzą autorowie, że przerost gruczołu tarczykowego w tem cierpieniu jest tylko jednem z ogniw w łańcuchu objawów klinicznych, lecz ogniwem o znaczeniu multiplikatora. Po usunięciu tego ogniwa wszystkie objawy cechujące chorobę Basedowa, tak maleją, że znikają niemal zupełnie, lub ustępują wreszcie zupełnie przy leczeniu wewnętrznem. *Herman.*

Dr. Bergmann. **Krwotok jelitowy po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętej.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 27, 1901). Po uwolnieniu przez herniotomię pętli jelita cienkiego, na jeden mtr. długiej, w czterech godzinach wystąpił obfity krwawy stolec, — a niedługo potem drugi. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

W. Sachs. **Rzadkie wskazanie do wyjęcia macicy od strony kości krzyżowej.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 28, 1901). Zdarzyło się, że chora, cierpiąca na zniekształcające zapalenie stawów, biodrowych, skutkiem czego odwodzenie kończyn było znacznie upośledzone, zapadła na raka części pochwowej macicy. Dostęp do schorzałego narządu przez pochwę był niemożliwy; od jamy brzusznej zaś wydał się autorowi nieodpowiedni: wybrał przeto drogę od strony kości krzyżowej. *Herman.*

Dr. C. Hofmann. **Oglądanie i sondowanie przełyku przez wpust żołądka.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 29, 1901). H. na podstawie odpowiedniego spostrzegania klinicznego zwraca uwagę na okoliczność, że w pewnych przypadkach zwężeń przełyku możemy z korzyścią dla chorego esofagoskopować i sondować przełyk przez wytworzoną przetokę żołądkową. *Herman*

* * *

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dnia 28 listopada 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck. Obecnych członków 46.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

II. Kol. przewodniczący odczytuje list Dra Dunina z Warszawy, zawierający serdeczne podziękowanie za przesłanie mu życzenia z powodu 25-letniego jubileuszu, i zawiadamia o przypadającem właśnie 25 leciu pracy pedagogicznej prof. Browicza. Uchwalono przesłać prof. Browiczowi telegram gratulacyjny.

Następnie przedstawia kol. przewodniczący kol. Józefa Starzewskiego, który przeniósł się z sekcyi tarnowskiej do sekcyi lwowskiej.

III. Kol. Leon Feuerstein przedstawia i omawia przypadek chyluryi europejskiej, spostrzegany przez niego w poliklinice i klinice dermatologicznej (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi nad tym przypadkiem zabiera głos kol. Bylicki, podnosząc, że zupełny brak białka i tłuszczu w porcyach chylurycznych wskazuje na to, jak dokładnem jest każdorazowe opróżnienie pęcherza.

IV. Kol. Sołowij wygłasza odczyt p. t. »Kilka uwag w sprawie postępowania przeciw — i bezgnilnego w położnictwie«

Na wstępie omawia prelegent trudności zastosowania wyników badania bakteryologicznego do doświadczenia klinicznego. Z tego powodu nie udało się jeszcze dojść do porozumienia co do wszystkich szczegółów postępowania przeciw — i bezgnilnego w położnictwie. Dalej porusza sprawę aseptyki rąk, abstynencyi, rękawiczek gumowych i ograniczenia badania wewnętrznego. Zapobiegawcze przepłókiwania pochwy podczas porodu i połogu uważa na mocy licznych doświadczeń klinicznych i bakteryologicznych wielu autorów raczej za szkodliwe, niż za użyteczne, za czem przemawiają także ogólnie lepsze wyniki pod względem chorobowości połogowej w tych zakładach, gdzie nie robią zapobiegawczych przepłókiwań pochwy. Niebezpieczeństwu samozakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi, znajdującymi się niekiedy w pochwie, przypisuje tylko bardzo wyjątkowe znaczenie.

Uwagi swoje kończy omówieniem stosunku, w jakim powinno pozostawać postępowanie przeciwgnilne do postępowania bezgnilnego w położnictwie. Zadanie położnika widzi w racyonalnem kombinowaniu postępowania przeciwgnilnego z postępowaniem bezgnilnem i podnosi konieczność i znaczenie pierwszego, zwłaszcza w praktyce prywatnej. *(Autoreferat).*

W dyskusyi zabiera głos kol. Kadyi, zwracając uwagę na wodnik chloralu, znany mu dobrze z pracowni anatomicznej, który mógłby być, zdaniem jego, z pożytkiem stosowany w celach przeciwgnilnych. Środek ten zapobiega bardzo dobrze gniciu, a ma tę wyższość nad innymi, że nie działa drażniąco na skórę.

Kol. Szulisławski obawia się o wzrok noworodków w razie zaniechania, w myśl wywodów prelegenta, przestrzykiwań pochwy położnic środkami przeciwgnilnymi.

Kol. Sołowij opowiada, że przestrzykiwania takie nie zapobie-

gają zakażeniu noworodków, natomiast najlepszym środkiem, zapobiegającym zakażeniu noworodków, pozostaje wkraplanie azotanu srebrowego i protargolu do oczu noworodków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za sekretarza *Dr. Leon Feuerstein.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 listopada 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o podziękowaniu, nadesłanem przez rodzinę ś. p. Nenckiego, za gorące objawy współczucia i udział w pogrzebie. Przyjęto do wiadomości.

IIII. Przewodniczący odczytał list Dra Dunina z podziękowaniem za przesłane przez Towarzystwo życzenia w dniu jubileuszu 25-letniej jego pracy zawodowej Przyjęto do wiadomości.

IV. Przyjęto do wiadomości nadesłane do Towarzystwa sprawozdanie z czynności Wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy za czas od 3 lutego do 1 listopada 1901; dalej — zawiadomienie od tegoż Towarzystwa o walnem zgromadzeniu w dniu 24 listopada 1901, a wreszcie projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy.

V. Przewodniczący zawiadamia, że wniosek kol. prof. Wachholza w sprawie pominięcia referatów z prac polskich w rocznikach Virchowa-Hirscha upadł wobec listu Dra Posnera, nadesłanego do kol. prof. Wachholza z zadowalniającem wyjaśnieniem tej sprawy. Przyjęto do wiadomości.

VI. W sprawie budowy domu dla Towarzystwa przewodniczący zawiadamia, że Komitet budowy własnego domu pod przewodnictwem kol. Bielańskiego uchwalił, z powodu bardzo skąpo wpływających wkładek, wydać odezwę do członków Towarzystwa lekarskiego, zawierającą wezwanie do jak najobfitszych wkładek. Przyjęto do wiadomości.

VII. Wniosek komitetu, by przyjęto pomocnika dla kol. bibliotekarza, obarczonego nazbyt pracą — za roczną remuneracyą 200 koron (po 20 koron przez dziesięć miesięcy w roku), — uchwalono jednogłośnie.

VIII. Przewodniczący odczytał listę Komitetu przedwyborczego, proponowaną przez Komitet Towarzystwa. Według tej listy na przewodniczącego proponuje Komitetet kol. prof. Pieniążka, a na członków zwyczajnych następujących Kolegów: Ackermanna, Baurowicza, Brudzewskiego, Cerchę, Ciechanowskiego, Dobrowolskiego, Gertlera, Gorskiego, Grażyńskiego, Hermana Hirscha, Jungera, Kędziora, Ludomiła Korczyńskiego, Krokiewicza, Kryńskiego, Langiego, Tymoteusza Piotrowskiego, Reissa, Rosnera, Schwarza, Spirę, Surzyckiego, Urbanika i Zolla. Przyjęto jednogłośnie.

IX. Na członków zwyczajnych Towarzystwa przyjęto jednomyślnie kolegów: Stanisława Maziarskiego i Jana Strycharskiego.

X. Jako gościa przedstawił przewodniczący obecnym kol. Dra Kossobudzkiego z Warszawy.

XI. Kol. prof Rosner przedstawił chorą, cierpiącą na rozmiękczenie kości, u której leczenie zachowawcze fosforem nie tylko nie dało dodatniego wyniku, ale nawet wpłynęło ujemnie na trawienie, wobec czego dokonano wycięcia jajników. Operacyę wykonał kol. Urbanik, cięciem poprzecznem ponad spojeniem łonowem. Zabieg ten polepszył stan chorej o tyle, że bóle ustąpiły: chód nieprawidłowy pozostał z powodu wielkiego zniekształtnienia miednicy. Przy badaniu przez pochwę palec dochodzi do ostatnich dwóch kręgów lędźwiowych, kość krzyżowa odchyliła się pod kątem prawie prostym ku tyłowi; nadto podgięła się sama pod bardzo ostrym kątem, co i przy badaniu zewnętrznem jest widoczne. Uda zgniotły miednicę, a linia bezimienna wsunięta jest do miednicy tak, że dotyka prawie kręgów lędźwiowych, zwłaszcza po stronie prawej.

XII. Doc. Dr. Siedlecki (jako gość) miał wykład: »O pasorzycie malaryi ze stanowiska zoologicznego« (przeznaczone do druku). W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Ciechanowski, prof. Bujwid i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem po przedstawieniu chorej z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza przez Dra Grzybowskiego i okazaniu kieszonkowego sztućca własnego pomysłu z narzędziami okulistycznemi przez kol. prof. Wicherkiewicza, nastąpił odczyt kol. prof K. Kleckiego »O cytotoksynach«.

* Dnia 2 grudnia b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności. Na posiedzeniu tem przedstawiono następujące prace: czł Szajnocha zdał sprawę z pracy p. W. Friedberga p. t.: »Otwornice warstw inoceramowych z okolic Rzeszowa i Dębicy«; czł. Witkowski zdał sprawę z pracy czł. K. Olszewskiego p. t.: »Oznaczenie temperatury inwersyi zjawiska Kelwina dla wodoru«; czł. E. Bandrowski zdał sprawę z pracy p. L. Brunera p. t. »O dysocyacii wodnika i alkoholanu chloralu w rozczynach; czł. N. Cybulski zdał sprawę z pracy p. M. Kirkora p. t. »O zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej«; czł. W. Natanson zdał sprawę z pracy p. S. Zaremby p. t.: »Przyczynek do teoryi pewnego równania fizyki matematycznej«; sekretarz J. Rostafiński przedstawił dwie prace czł. K. Żorawskiego p. t.: »Uwaga o pochodnych nieskończenie wielkiego rzędu« i »O pewnych zmianach długości liniowych elementów podczas ruchu ciągłego układu materyalnych punktów«.

* Krakowskie Towarzystwo dermatologiczne odbyło dnia 3-go listopada pierwsze posiedzenie. Obecni wszyscy członkowie i kilku gości. Po zagajeniu posiedzenia przez przewodniczącego kol. Reissa, wybrano Wydział. Na interpelacyę kol. Baurowicza w sprawie rocznika Towarzystwa, zawiadomił kol. Reiss, że wydawanie rocznika jest postanowione i że w nim zamieszczone będą prace członków Towarzystwa. Na wniosek kol. Schwarza uchwalono uwalniać od wkładki rocznej kolegów młodszych (15 koron), którzyby do Towarzystwa należeć chcieli, a wkładki uiścić nie mogli. Po dłuższej dyskusyi w sprawie trwania roku administracyjnego, postanowiono rok ten zaczynać z dniem 1-go października. Uchwalono również, aby zwyczajne posiedzenia Towarzystwa odbywały się w pierwszą niedzielę po pierwszym każdego miesiąca, o godzinie 10-tej rano. W końcu kol. Reiss przedstawił ze swej kliniki następujące przypadki: *Lichen ruber planus, Ecthymata, Psoriasis gyrrata, Lues papulosa recidiva, Lues ulcerosa (Rupia), Pityriasis rosea* (Gibert). Kol. Boczar demonstrował przypadki *Favus capillitii,* leczone promieniami Roentgena.

* Wydział krajowy zamianował długoletniego sekundaryusza Szpitala krajowego we Lwowie Dra Włodzimierza Pajączkowskiego, dyrektorem Szpitala powszechnego w Sanoku.

* Zeszyt 8-my Odczytów klinicznych zawiera pracę Dra Teodora Dunina p. t. »Zasady leczenia neurastenii i histeryi«.

* Namiestnictwo przeniosło lekarzy powiatowych: Dra Dzikowskiego z Przemyśla do Tarnowa, Dra Ściborowskiego z Jasła do Limanowej. Dra Szczepańskiego z Ropczyc do Jasła, Dra Żukotyńskiego ze Zbaraża do Ropczyc, Dra Iwańskiego ze Skałata do Przemyśla, Dra Boryego z Przeworska do Dobromila. — Koncepistów sanitarnych: Dra E. Piotrowskiego z Limanowej do Lwowa, Dra L. Fuchsa z Bohorodczan do Zbaraża, i Dra Lubowieckiego z Tarnowa do Skałata. — Asystentów sanitarnych: Dra Godłowskiego ze Stryja do Bohorodczan, Dra Kowalewskiego z Rzeszowa do Przeworska, Dra Kurzyńca z Krakowa do Bochni, i Dra Kondratowicza ze Lwowa do Złoczowa.

* W Nrze 49 «Münchener medic. Wochenschrift« znajdujemy względnie obszerny życiorys Marcelego Nenckiego, pióra M. Hahna, ucznia nieodżałowanego biologa. Autor podał ścisłe daty biograficzne, poruszył całokształt badań Nenckiego, podnosząc ich wielką doniosłość i tchnął w ten rys biograficzny uczucie uwielbienia i wdzięczności dla swego, tak wcześnie zgasłego, nauczyciela. Życiorys kończy się uwagą, że Nencki był pochodzenia polskiego, posiadał niemiecką gruntowność i zapał do badań, odznaczał się słowiańską uprzejmością i humorem, a prostotą obejścia przypominał szwajcara. Dołączony portret wiernie oddaje męzkie rysy zmarłego.

* Minister oświaty zawiadomił Wydziały lekarskie, że w obronie krajowej wakują liczne posady lekarzy do służby czynnej. Minister

obrony krajowej oświadcza ze swej strony, że lekarzom takim przysługiwać będzie prawo przebywania przez dłuższy jeszcze czas w klinikach uniwersyteckich. Oprócz zwrócenia kosztów za studya w wysokości 6000 k., otrzymają nowozaciężni lekarze stopień lekarzy starszych już od czasu ich służby w klinikach, nadto. po przyjęciu ich w stan czynny, będą mogli przynajmniej przez $1^1/_2$ roku jeszcze uczęszczać do klinik i słuchać wykładów na koszt państwa.

* Prof. Krafft Ebing złożył podanie o spensyonowanie; następcą jego ma być mianowany prof. Jauregg.

* Ministeryum austryackie spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie, ażeby zarządy Zakładów dla badania środków spożywczych, wydając świadectwo, zaznaczały wyraźnie, że zaświadczenie dotyczy tylko tej jednej próbki, która była zbadaną, a nie całości wyrobu, towaru i t. d.

* W roku 1900 zachorowało na ospę w Bawaryi tylko 6 osób, t. j. 1 : 1,000.000; z tych sześciu zmarła jedna, która raz tylko była szczepiona; inne wyzdrowiały.

* Bakteryolog Chantemesse miał wynaleźć surowicę przeciwdurową: kiedy w innych szpitalach paryzkich śmiertelność z duru wynosiła 25%, z leczonych w tym samym czasie przez niego 34 przypadków żaden nie umarł. Chantemesse wezwał innych lekarzy do leczenia duru jego surowicą; odsetek śmiertelności obniżył się w szpitalach z 25% na 6%, i to zmarli tylko ci chorzy, którym zastrzyknięto surowicę późno, więcej niż po tygodniu od dnia zachorowania.

* Drowie: Fowler, Grego i Putman, którzy z urzędu badali stan umysłowy Czołgosza, mordercy prezydenta Mac Kinleya, ogłaszają, że zbrodniarz ten pod względem umysłowym i cielesnym odznaczał się nieposzlakowanem zdrowiem.

* Francuski Kongres dla medycyny wewnętrznej rozpocznie się 1-go kwietnia 1902 roku.

* Sprawozdanie biura statystyczngo m. Krakowa. Tydzień XLVII (od 17 do 23—XI). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 91.323. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 29, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 10 (5 zamiejscowych), z zapalenia płuc 15 (5 zamiejscowych), z dławca 1 (zamiejscowy), z krztuśca 1. z płonicy 3 (1 zamiejscowy), z odry 5 (1 zamiejscowy), z duru brzusznego 3 (1 zamiejscowy), z cholery dziecięcej 1.

Tydzień XLVIII (od 24 do 30—XI): zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 45, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 14 (7 zamiejscowych), z zapalenia płuc 6 (4 zamiejscowych), z dławca 2 (zamiejscowych), z płonicy 5 (1 zamiejscowy), z odry 4 (1 zamiejscowy), z duru brzusznego 1 (zamiejscowy), z cholery dziecięcej 1.

* W trzecim kwartale b. r. zmarło w Krakowie osób 675, mianowicie: z gruźlicy 123 (51 zamiejscowych), z zapalenia płuc 90 (16 zamiejscowych), z dławca i błonicy 7 (5 zamiejscowych), z krztuśca 1, z ospy 4 (1 zamiejscowy), z płonicy 26 (10 zamiejscowych), z odry 13, z duru brzusznego 9 (3 zamiejscowych), z cholery dziecięcej 94 (10 zamiejscowych).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwyczajny ogólnej patologii Dr. Boinet mianowany został prof. kliniki lekarskiej w Marsylii.

Nekrologia. Zmarli: Prof. otologii w Rzymie Dr. Rossi. Prof. kliniki ginekologicznej w Palermo Dr. Chiarleoni. Dr. Michał Szydłowski, lekarz okręgowy w Żabiu, zmarł z duru w 33 roku życia.

Bibliografia:

— *Przegląd okulistyczny* (listopad). Noiszewski: Przyrząd kontrolujący celność strzelającego. Kuropatwiński: Jeszcze słów kilka o pozornej postaci sklepienia nieba i pozornem powiększeniu średnicy księżyca i gwiazd na widnokręgu. Wicherkiewicz: Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki.

— *Kronika lekarska* Nr. 22. Sędziak: Wpływ pomyślny róży na przebieg ciężkiego ropnego zapalenia ostrego ucha środkowego. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d).

— *Zdrowie* Nr 12. Drecki: Szczepienie ospy ochronnej w powiecie kaliskim. Schwajcer: O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława w r. 1900. Bregman: Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Mutermilch: O wzajemnem wykluczaniu się pewnych postaci chorobowych. Teodor Dunin (Szkic bibliograficzny). S. Sterling: W sprawie statystyki gruźlicy.

— *Medycyna* Nr. 49. Bernhardt: Wągry *(comedones)*. Biro: O padaczce (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. W. Wróblewski: Resekcya muszli dolnej. Ołtuszewski: Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 12. Mincer: Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii (dok.). Ciechanowski: Przypisek do artykułu dr. Mincera »Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii«.

— *Przegląd felczerski* Nr. 5. L.: O krwawieniu i sposobach tamowania krwi. R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.). R.: Szczepienie ochronne krowianki (c. d.). Freitich: Ciepłomierz.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Babák: Pojem biologie (c d.). Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikální léčeni ischurie při zbytněni předstojnice. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Labbé: Tłuszczakogruczolak szyi pochodzenia gruźliczego. Touche: Lokalizacya mózgowo-korowa pamięci topograficznej. Londe: W sprawie białkomoczu przepuszczającego w płoniczem zapaleniu nerek. — Nr. 97. Merklen i Rabé: O zmianach mięśnia sercowego w mocznicy, ostrawe zapalenie śródmiąższowe mięśnia sercowego pochodzenia mocznicowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Borchardt: O przepuklinie lędźwiowej i stanach pokrewnych. Westphal: O objawie źrenicowym Westphala-Piltza Lewin: Nowy przyrząd do stosowania środków żrących. Bang: Obecny stan biologicznego badania światłem i terapia świetlna. Lexer: O ranach brzucha (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Schnabel: O zezie następowym. Hamburger: Uwagi biologiczne o ciałach białkowatych w mleku krowiem i o żywieniu osesków. Fleischl: O »Fanghi di Selafani« mało znanym, lecz bardzo skutecznym leku w trądziku.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 49. Vulpius: Leczenie przykurczeń i zrostów w stawie kolanowym. Hildebrand: O wartości rozpoznawczej promieni Röntgenowskich w medycynie wewnętrznej. Hügel: Wyniki badań nad 4 przypadkami mikrosporów i 81 trychofitów. Curschmann: Rozpoznawcza ocena spraw zapalnych, występujących w jelicie ślepem i wyrostku robaczkowym (dok.). Gruber: Przyczynek do teoryi o antytoksynach (o bakteryolyzie i hemolyzie).

Redakcya otrzymała: Łagowski: 1) Przyczynek do oceniania wartości sposobu leczenia suchotników w domu. 2) Gruźlica i walka z nią (uzupełnione tłómaczenie konkursowej rozprawy dra Knopfa). Łada-Noskowski: Sulfhydrothérapie antimicrobienne. Stankiewicz C.: De la rétention foetale dans la grossesse tubaire. Ehrmann: Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X. — Strahlen. Tchórznicki: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym. Biernacki: Zasady poznania lekarskiego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 b m., o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem nastąpią wybory funkcyonaryuszów Towarzystwa na r. 1902.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.